**T.C.**

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**

**ATATÜRK SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ’NE**

**Yüksekokulunuz……………………………………… Bölümü…………………..Nolu……..Sınıf Öğrencisiyim.**

**………………………………………………………………………………dolayı, Fakültenizden ”Kendi**

**İsteğim ile Kaydımı Sildirmek İstiyorum” Kaydımın Silinerek Lise Diplomamın Tarafıma Verilmesini Arz Ederim.**

**……/……/20…..**

**Adı-Soyadı-İmza**

**ADRES :**

**…………………………………………………………**

**…………………………………………………………**

**…………………………………………………………**

**İL : …………………………………..**

**İLÇE : ……………………………….**

**TLF : ………………………………..**

**İLGİLİ BİRİM KONTROL EDECEKTİR.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GEREKLİ BELGELER** | **TESLİM EDİP-ETMEDİĞİ** | **ONAYLAYANIN**  **ADI-SOYADI-ÜNVANI** |
| **S.K.S. DAİRE B.Ş.K.LIĞI**  **ZİMMETSİZLİK BELGESİ** |  |  |
| **KÜTÜPHANE ZİMMETSİZLİK**  **BELGESİ** |  |  |
| **BÖLÜM BAŞKANLIĞI**  **ZİMMETSİZLİK BELGESİ** |  |  |
| **ÖĞRENCİ KİMLİK KARTI** |  |  |